

Evidence-Based Health Care: barrières en facilitatoren bij elektronische richtlijnimplementatie en –ontwikkeling in ambulante settings

Doctoranda Annemie Heselmans

Promotor: Prof. Dr. D. Ramaekers; Co-promotor: Prof. Dr. B. Aertgeerts; Co-promotor: Prof. Dr. P. Donceel

SAMENVATTING

Evidence-Based Health Care heeft het laatste decennium meer en meer aan terrein gewonnen. Patiënten, artsen en beleidsmakers zijn bezorgd om de kwaliteit van zorg en onverantwoorde zorgvariabiliteit wordt in vraag gesteld. Het lijkt vanzelfsprekend dat therapieën die hun effectiviteit bewezen hebben, het potentieel hebben om gezondheidsvoordelen te leveren. Daarom is het essentieel om manieren te vinden om deze evidence te implementeren in de praktijk. Een mogelijke manier hiervoor is het gebruik van klinische praktijkrichtlijnen. Om eventuele voordelen uit klinische praktijkrichtlijnen te kunnen halen, zijn een methodologisch zuiver ontwikkelingsproces en een doeltreffende implementatiestrategie van deze richtlijnen noodzakelijk. Rekening houdend met het groeiend aandeel van chronische ziekten die ambulant behandeld worden en het potentieel van elektronische toepassingen, werd de focus van dit onderzoek gelegd op het onderzoek naar de barrières en facilitatoren bij elektronische richtlijnimplementatie in ambulante settings (deel I) en de evaluatie van een innovatieve elektronische ontwikkelingsmethode (deel II) voor klinische praktijkrichtlijnen.

Elektronische richtlijnimplementatie wordt naar voor geschoven als een veelbelovende manier voor richtlijnimplementatie. Een systematische literatuurstudie in een eerste deel van het onderzoek, leert ons dat er op dit moment echter nauwelijks evidence bestaat voor het gebruik van elektronische richtlijnimplementatiesystemen. Simpele alertsysteem hebben meer kans op implementatiesucces, complexere richtlijnen vragen een aangepast implementatie- en ontwikkelingsproces.

In de ambulante setting van de verzekerings- en de arbeidsgeneeskunde bleek het wettelijk kader en de technische infrastructuur op dit moment ontoereikend voor een nieuw richtlijnimplementatieproject. Een studie naar de acceptatie en het gebruik van een recent geïmplementeerd elektronisch decision support systeem in het elektronisch medisch dossier van huisartsen was meer realistisch. De studie rond het gebruik van het systeem toonde aan dat bijna alle reminders automatisch werden getoond en nauwelijks 0,5% van de reminders

op vraag van de arts werd opgeroepen. Het merendeel van de gebruikers had wel een positieve houding t.a.v het systeem. Percepties rond het gebruiksgemak, de bruikbaarheid en de aanwezigheid van organisatorische en technische faciliteiten waren in het algemeen positief. De resultaten voor sommige van de Likert-items brachten belangrijke meningsverschillen aan het licht, van belang voor toekomstige implementatie-initiatieven.

In deel II van het doctoraatsproject werd een nieuw ontwikkelde consensusmethode voor richtlijnontwikkeling - gebaseerd op human computation - geëvalueerd. Deze human computation methode (HC) is vergelijkbaar met een online Delphi procedure in spelvorm. De HC techniek heeft reeds zijn nut bewezen in de opbouw van kennisdatabanken. In een populatie studenten master verpleegkunde en vroedkunde en een populatie huisartsen in opleiding, werden verschillen in de mate van agreement en de mate van evidence in vergelijking met een klassieke informele consensusmethode (IC) onderzocht met een gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) voor een reeks casussen over lage rugpijn.

Wanneer de evidence als controversieel ervaren werd, werd in de HC groepen meer evidence-based beslist dan in de IC groepen. Een zelfde mate van agreement werd bereikt in beide groepen. Dit maakt de human computation methode ook erg geschikt voor het updaten van richtlijnen, wanneer nieuwe evidence beschikbaar wordt. Wanneer geen evidence beschikbaar was of de evidence algemeen aanvaard was, toonden de IC groepen een hogere mate van agreement dan de HC groepen. Argumenten die aan bod kwamen in het besluitvormingsproces van de informele consensusmethode waren voornamelijk gebaseerd op persoonlijke voorkeuren en overtuiging. Evidence werd zeer weinig aangehaald in het besluitvormingsproces (7% in de groep masterstudenten versus 1% in de groep huisartsen in opleiding).